

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

## Action Collective Depuy ASR du Québec

Ce formulaire et tous les documents à son appui doivent être complétés et soumis à COLLECTIVA, l'Administrateur des réclamations, **au plus tard le 24 mai 2019, soit par courriel, télécopieur ou courrier (faisant état de la date de l'envoi) aux coordonnées suivantes :**

COLLECTIVA  
2170 Boulevard René Lévesque O, Bureau 200  
Montréal (Québec) H3H 2T8  
Télécopieur: 514-287-1617  
Courriel: depuyasr@collectiva.ca

**À DÉFAUT DE SOUMETTRE VOTRE FORMULAIRE DANS CE DÉLAI,  
VOTRE RÉCLAMATION SERA AUTOMATIQUEMENT REJETÉE.**

Je présente une réclamation :

- en qualité de réclamant qui a reçu une ou plusieurs Prothèse(s) ASR.
- en qualité de représentant d'un réclamant (personne qui est le représentant légal d'un réclamant décédé ou souffrant d'un handicap / incapacité juridique).

### Section A: Renseignements sur le réclamant

Prénom \_\_\_\_\_ Surnom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_ Genre:  Homme  Femme

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (jour) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie du Québec \_\_\_\_\_

## Section B: Adresse de résidence

Est-ce que le réclamant avait sa résidence principale au Québec aux moments suivants:

1. Lorsqu'il/elle a subi une chirurgie de remplacement de la hanche au moment duquel une Prothèse ASR a été mise en place ("**Chirurgie initiale ASR**")?  Oui  Non
2. Si applicable, lorsqu'il/elle a subi une chirurgie subséquente pour remplacer la cupule ou toute autre composante de la Prothèse ASR ("**Chirurgie de révision**")?  Oui  Non
3. En date du 24 août 2010 (au moment du Rappel des Prothèses ASR)?  Oui  Non

Est-ce que le réclamant avait sa résidence principale à l'extérieur du Canada en date du 3 avril 2018?

Oui  Non

Si "Oui", est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie initiale ASR ou une Chirurgie de révision au Québec?

Oui  Non



## Section D: Information sur la Prothèse ASR

Sur quelle(s) hanche(s) est-ce que le réclamant a reçu une Prothèse ASR?

Droite       Gauche       Bilatérale

Date de Chirurgie initiale ASR (Droite) \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

Date de Chirurgie initiale ASR (Gauche) \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

Si le réclamant a également reçu une Prothèse ASR lors d'une Chirurgie de révision, veuillez indiquer sur quelle hanche, la date de la chirurgie, le nom de l'hôpital et le nom du chirurgien.

---

**Les protocoles opératoires, les étiquettes confirmant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèse(s) ASR, et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie initiale ASR doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.**

## Section E: Information sur la Chirurgie de révision

Est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie de révision pour remplacer la Prothèse ASR?

Oui       Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section F.

Si vous avez coché "Oui", veuillez indiquer sur quelle(s) hanche(s) le réclamant a subi une Chirurgie de révision:

Droite       Gauche       Bilatérale

Date de la Chirurgie de révision (Droite) \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

Date de la Chirurgie de révision (Gauche) \_\_\_\_\_ (mm/jj/aaaa)

Nom de l'hôpital \_\_\_\_\_

Chirurgien \_\_\_\_\_

**Les protocoles opératoires et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie de révision doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.**

## Section F: Chirurgie de révision médicalement contre-indiquée

Est-ce que le chirurgien du réclamant a recommandé une Chirurgie de révision, mais a indiqué que celle-ci était médicalement contre-indiquée et/ou pouvait mettre la vie du réclamant en danger en raison d'une condition de santé?

Oui       Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section G.

Si vous avez coché "Oui," quelle était la raison de santé spécifique pour laquelle le réclamant a été médicalement empêché de subir une Chirurgie de révision.

---

---

---

**Vous devez soumettre les dossiers médicaux confirmant que le chirurgien a déterminé qu'une Chirurgie de révision était médicalement nécessaire pour le réclamant, mais que celle-ci était médicalement contre-indiquée en raison d'une condition de santé et/ou parce qu'elle pouvait mettre la vie du réclamant en danger.**

## Section G: Information sur la Chirurgie de ré-révision

Est-ce que le réclamant a subi une Chirurgie de ré-révision pour remplacer la prothèse artificielle mise en place lors de la Chirurgie de révision?

Oui       Non

Si vous avez coché "Non", veuillez passer à la Section H.

Si vous avez coché "Oui", à quelle(s) date(s) est-ce que le réclamant a subi une ou des Chirurgie(s) de ré-révision?

---

mm/jj/aaaa

Veuillez indiquer le nom de l'hôpital et du chirurgien pour chacune des Chirurgie(s) de ré-révision.

---

Sur quelle(s) hanche(s) le réclamant a subi une Chirurgie de ré-révision?

Droite       Gauche       Bilatérale

**Les protocoles opératoires et les feuilles sommaires d'hospitalisation de chaque Chirurgie de ré-révision doivent être soumis avec le Formulaire de réclamation.**

**Section H: Complications médicales extraordinaires à la suite d'une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision**

À la suite d'une Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision, est-ce que le réclamant a subi une des Complications médicales extraordinaires suivantes?

Si oui, veuillez indiquer la date à laquelle ces complications sont survenues.

Sinon, veuillez passer à la Section I.

	<b>Date (mm/jj/aaaa)</b>
AVC (accident vasculaire cérébrale)	_____
Crise cardiaque	_____
Embolie pulmonaire	_____
Décès	_____
Paralysie du nerf fémoral	_____
Chute de pied	_____
Luxation/dislocation nécessitant une procédure médicale de réduction fermée	_____
Incapacité de retourner au travail pour une période d'au moins 1 an en raison de problèmes médicaux associés avec la Chirurgie de révision ou la Chirurgie de ré-révision	_____

**Si le réclamant a subi une de ces Complications médicales extraordinaires, vous devez soumettre les dossiers médicaux associés avec celle-ci, et si applicable, la lettre/déclaration d'invalidité du médecin traitant attestant que le réclamant est ou a été dans l'incapacité de retourner au travail pour une période d'au moins 1 an en raison de problèmes médicaux associés avec la Chirurgie de révision ou Chirurgie de ré-révision.**

## Section I: Réclamants n'ayant pas subi de Chirurgie de révision

Est-ce que 11 ans ou plus se sont écoulés depuis la Chirurgie initiale ASR et le réclamant n'a pas subi de Chirurgie de révision?

- Oui. Veuillez passer à la Section J.
- Non. Le réclamant n'a pas subi de Chirurgie de révision, mais la Chirurgie initiale ASR a eu lieu il y a moins de 11 ans.

Si vous avez coché "Non", veuillez choisir **une** des options suivantes:

- Je souhaite recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$ dans les 60 jours de l'approbation de ma réclamation, et je renonce à mon droit d'obtenir une compensation supplémentaire même si je dois ultimement subir une Chirurgie de révision dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR; ou
- Je souhaite demeurer admissible à une Compensation de Chirurgie de révision si je subis une Chirurgie de révision médicalement nécessaire dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR, et je renonce à mon droit de recevoir une Compensation de Réclamant non révisé de 2 500,00 \$ même si ultimement je ne subis pas de Chirurgie de révision dans les 11 ans de ma Chirurgie initiale ASR.

**Le réclamant est fortement encouragé de consulter son chirurgien orthopédiste relativement à la probabilité de subir une Chirurgie de révision médicalement nécessaire dans les 11 ans de la Chirurgie initiale ASR avant de faire ce choix.**

## **Section J: Adresse postale pour l'envoi de la compensation**

Si votre réclamation est approuvée et que vous êtes admissible à recevoir une compensation, vous recevrez un chèque si vous êtes un Réclamant non révisé, et vous recevrez trois chèques de Distribution si vous êtes un Réclamant de Chirurgie de révision.

Souhaitez-vous que vos chèques soient envoyés à une adresse différente que celle indiquée à la Section A?

Si "non", tous vos chèques seront envoyés à l'adresse indiquée à la Section A, à moins que vous notifiiez par écrit l'Administrateur des réclamations d'un changement d'adresse.

Si "oui", veuillez indiquer l'adresse ici-bas :

---

Adresse

---

Ville

Province/Territoire

Code postal

## Section K: Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit:

Le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR.

Le réclamant souhaite présenter une réclamation pour être indemnisé dans le cadre de l'action collective.

Je joins tous les documents requis, incluant les dossiers médicaux démontrant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR lors d'une Chirurgie initiale ASR, ainsi que les dossiers médicaux démontrant que le réclamant a subi une ou plusieurs Chirurgie(s) de révision, si applicable, une ou plusieurs Chirurgie(s) de ré-révision, si applicable, et des Complications médicales extraordinaires, si applicable. De plus, je joins les étiquettes faisant état des codes du lot de la/les Prothèse(s) ASR reçue(s) par le réclamant.

Si je ne transmets pas les étiquettes faisant état des codes du lot de la/les Prothèse(s) ASR reçue(s) par le réclamant, c'est que l'établissement hospitalier où a eu lieu la Chirurgie initiale ASR ne peut me les donner, étant donné qu'elles ne sont pas dans le dossier médical du réclamant. Par conséquent, je joins une lettre du chirurgien traitant du réclamant confirmant que le réclamant a reçu une ou plusieurs Prothèses ASR lors d'une Chirurgie initiale ASR.

**Je fais la présente déclaration en estimant qu'elle est véridique et en sachant qu'elle a la même valeur en droit que si je la faisais sous serment.**

\_\_\_\_\_  
Signature du réclamant ou représentant

\_\_\_\_\_  
Date

**Nous vous recommandons fortement de garder une photocopie de votre réclamation complète pour vos dossiers.**